



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-340 - ¿HA INFLUIDO EL SARS-COV-2 EN LA CIRUGÍA DE LA EVENTRACIÓN?

Coronado, Olga; Zaragoza, Carmen; Gomis, Alvaro; Parra, Judith; Velilla, David; Campo, Carlos Felipe; Llopis, Clara; Ramia, Jose Manuel

Hospital General Universitario, Alicante.

### Resumen

**Introducción:** Las eventraciones intervenidas de urgencia tienen mayor morbilidad posquirúrgica y estancia hospitalaria. Durante la pandemia por SARS-CoV-2 en nuestro hospital y a nivel nacional, se ha producido un descenso acusado de toda la actividad quirúrgica programada no prioritaria incluyéndose en este grupo las eventraciones. Subjetivamente parece haber aumentado las intervenciones por hernias y eventraciones encarceradas y otras urgencias de pared abdominal. Nuestro objetivo es comparar en el periodo pre-COVID y COVID si se ha incrementado la cirugía urgente en la hernia incisional y su impacto en nuestro centro.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional. Periodo estudio: Pr-eCOVID (marzo'2019-febrero'2020) vs. COVID (marzo'20-marzo'21). Obtención de datos demográficos, quirúrgicos y posoperatorios de la historia clínica informatizada. Análisis estadístico con el programa SPSS25 para iOS.

**Resultados:** Se intervinieron un total de 296 pacientes. Datos demográficos y quirúrgicos en la tabla 1. No se obtuvieron diferencias significativas en ambos grupos. Comparando ambos periodos observamos una disminución de la cirugía programada e incremento de la urgente ( $p < 0,05$ ). En las intervenciones de urgencia se encontró una mayor proporción de pacientes con ASA III-IV ( $p < 0,016$ ), aumento de las complicaciones tanto durante la estancia inicial y a los 6 meses ( $p < 0,018$ ). En el grupo de cirugía urgente los pacientes eran más mayores y precisaron con más frecuencia una resección intestinal aunque no este dato estadísticamente significativo.

Tabla 1. Datos demográficos y quirúrgicos

	Marzo 19-20	Marzo 20-21	Total
Nº pacientes intervenidos	193	103	296
Edad media (años)	40 (27-95)	56,2(20-89)	61,9 (20-95)
IMC	29,73(19,4-59,1)	22,5 (17,3-44,06)	31,10 (17-59,1)
Longitud transversa del defecto (mm)	54,3 (10-250)	53,5(10-150)	55 (10-250)
Riesgo ASA			
I y II (%)	150 (77,72)	79 (76,67)	229 (77,3)
III y IV (%)	43 (22,28)	24 (23,33)	67(22,7)
Cirugía programada (%)	178 (92,23)	75 (72,81)	253 (85,47)*

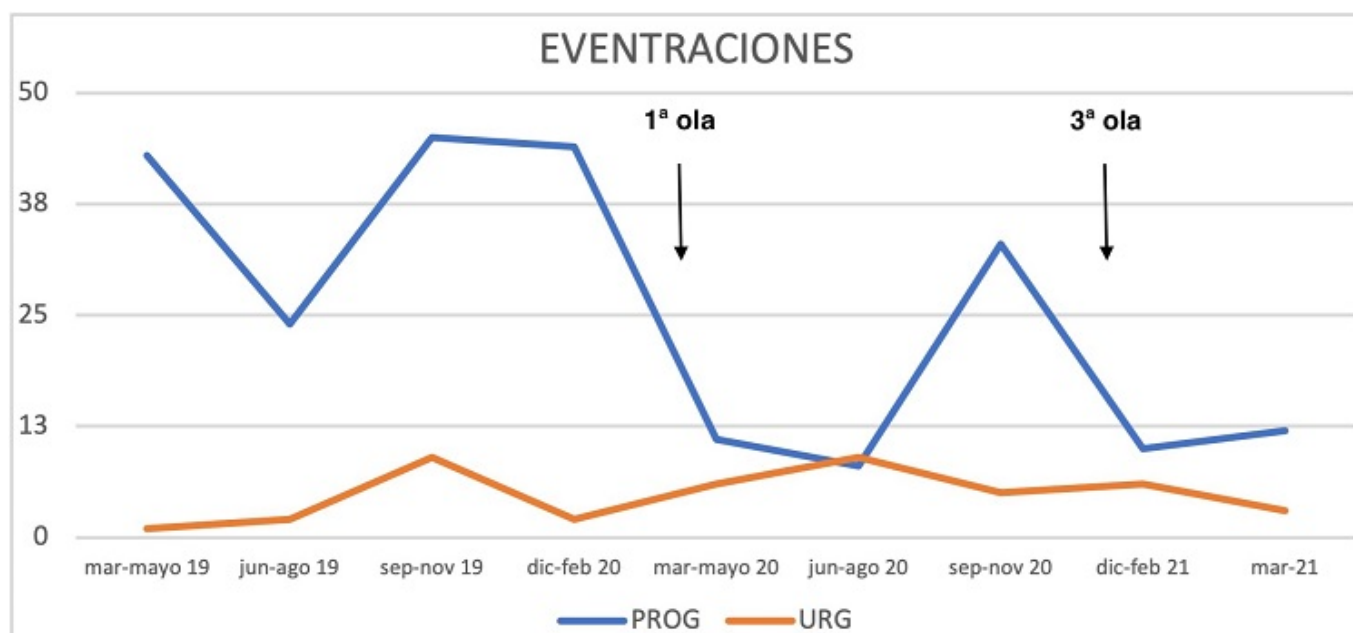
Cirugía urgente (%)	15 (7,77)	28 (27,19)	43 (14,52)*
Necesidad de resección (%)	8 (4,14)	8 (7,76)	16 (5,04)
Complic. ingreso hosp. (%)	24 (12,43)	14 (13,59)	38 (12,83)
1 mes (%)	54 (27,98)	21 (20,39)	75 (25,33)
6 meses (%)	24 (12,43)	2 (1,94)	26 (8,78)

\*Estadísticamente significativo.

Tabla 2. Comparación entre la cirugía programada y la urgente en ambos periodos

	Programado	Urgente
Edad < 65 años (%)	145 (57,31)	19 (44,18)
> 65 años (%)	108 (42,68)	24 (55,82)
IMC < 30 (%)	81 (38,03)	17 (39,83)
> 30 (%)	132 (61,97)	26 (60,46)
Riesgo ASA I y II (%)	204 (80,63)	25 (58,14)
III y IV (%)	49 (19,37)	18 (41,86)*
Necesidad de resección (%)	11 (4,35)	5 (11,63)
Complicaciones ingreso hosp (%)	24 (9,48)	11 (25,58)*
1 mes (%)	64 (31,06)	11 (37,93)
6 meses (%)	25 (18,24)	1 (16,67)*

\*Estadísticamente significativo.



**Conclusiones:** La disminución de actividad quirúrgica por COVID ha producido una disminución del número de eventraciones intervenidas globalmente y de forma programada, incremento de las intervenciones urgentes y de la morbilidad. La cirugía de la eventración debería resolverse de forma paralela a otras patologías consideradas prioritarias ya que su no realización implica un incremento de la cirugía urgente y de la morbilidad.